

แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์  
กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง Cancer Insurance

ชื่อผู้เอาประกันภัย  
Insured's Name

กรมธรรม์เลขที่  
Policy No.

ชื่อผู้เป็นโรคมะเร็ง  
Cancer Patient

พบแพทย์ครั้งแรกเมื่อ  
Date of first consultant

ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ  
Diagnosis Date

อาการ  
Symptom

ประเภท/ Type of Coverage

- รายบุคคล/Individual  
 แผนครอบครัว/Family  
 แผนการประกันภัยกลุ่ม/Group

กรุณาแนบเอกสารประกอบทั้งหมดต่อไปนี้  
เพื่อใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน/  
Documents attached

1. ใบรายงานแพทย์และผลการตรวจ  
วินิจฉัยโรค (ผลตรวจเนื้อเยื่ออย่าง  
ละเอียดจากห้องปฏิบัติการ) (Medical  
reports/ Lab tests)  
 2. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่า  
ใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยโรค  
Original receipts  
 3. สำเนาแฟ้มประวัติการรักษาจาก  
สถานพยาบาล  
 4. เอกสารอื่นๆ (ระบุ) (Others (Specify))  
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ลง  
ลายมือชื่อรับรอง

ชื่อแพทย์/สถานพยาบาลที่ให้คำ  
วินิจฉัย  
Attending Physician/ Hospital

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัยเปิดเผยข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการ  
เจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการและ สำเนารายงานการรักษาของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ  
หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อดำเนินการพิจารณาสินไหม

นอกจากนั้นข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมไว้แก่บริษัทฯ รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจาก บริษัทฯ  
ให้ดำเนินการตรวจเลือด การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์/HIV

อนึ่งสำเนารูปถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้ให้คำยินยอม

( )

ลงชื่อผู้กระทำการแทน

( )

ความสัมพันธ์

ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ ให้ผู้รับประโยชน์หรือผู้กระทำการแทนลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานภายใน 60 วัน นับจากวันที่ทราบผลการตรวจวินิจฉัย

Please return this form within 60 days after receipt of the diagnosis's result

กรุณาส่งเอกสารนี้ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซน B ชั้น 7 โซน B ชั้น 8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A  
ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 Call Center 1292 Tel: 02-6572999  
Send documents to Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited 898 Ploenchit Tower, 1st Floor Zone B, 7th Floor Zone B, 8th Floor Zone A and B,  
9th Floor Zone A2 and B2, 18th Floor Zone A, Ploenchit Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 Call Center 1292 Tel: 02-6572999

**รายงานทางการแพทย์ (Claim Form Cancer)**

**กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา**

ชื่อผู้ป่วย : .....HN.....AN.....  
 วันที่ตรวจรักษา .....

**กรุณากรอกรายละเอียดข้างล่างทุกข้อ**

1. ท่านเป็นแพทย์ประจำที่ตรวจรักษาผู้ป่วยมานานเท่าใด.....
2. สาเหตุหรืออาการของผู้ป่วยเมื่อมาพบแพทย์.....  
 อาการดังกล่าวปรากฏขึ้นครั้งแรกเมื่อใด..... เป็นการรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอื่นใช่หรือไม่  
 ใช่ ระบุชื่อโรงพยาบาล.....  ไม่ใช่
3. ในความเห็นของท่านอาการดังกล่าวน่าจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อใด.....
4. โปรดระบุวันที่ตรวจพบมะเร็งเป็นครั้งแรก..... ตำแหน่ง / ประเภทของมะเร็ง.....  
 ระยะที่พบ .....
- มีการตรวจเนื้อเยื่อมะเร็ง (Lab Test) หรือไม่  ตรวจ  ไม่ตรวจ โดยวิธีการ .....
5. โปรดระบุรายละเอียดผลการวินิจฉัยโรคหรืออาการของโรคมะเร็งที่ตรวจพบ.....  
 .....  
 .....
6. โปรดระบุรายละเอียดในการรักษาพยาบาล หรือข้อแนะนำในการรักษาพยาบาล  
 .....  
 .....
7. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งที่ตรวจพบนี้ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อื่นใดมาก่อนหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
 ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด เมื่อ วัน/เดือน/ปี..... โรงพยาบาล/คลินิก .....  
 ด้วยสาเหตุ หรืออาการ .....
8. มีการตรวจ HIV หรือไม่?  ตรวจ  ไม่ได้ตรวจ ผลตรวจ.....
9. ความคิดเห็น  
 อื่นๆ.....  
 .....  
 .....

แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....